

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

Z KAZUISTYKI SZPITALA NA PRADZE.

## I. OMYŁKI DYAGNOSTYCZNE.

Podał

**J. HORNOWSKI**

lekarz miejscowy Szpitala.

(*Ciąg dalszy*).

### PRZYPADEK III.

#### Zimnica, przebiegająca jako gruźlica płuc.

Chora W. O., lat 60, przybyła na oddział kol. Edw. Zielińskiego 2-VII 1903.

Choruje od 2-ch tygodni—kilkakrotne dreszcze, gorączka, bóle w brzuchu i bóle głowy, kaszel suchy. Po gorączce bywają silne poty, szczególnie w nocy.

Dotąd nie przypomina sobie, ażeby na cośkolwiek chorowała.

W rodzinie chorób dziedzicznych niema. Sama chora ma 6-cioro zupełnie zdrowych dzieci.

Przy badaniu obiektywnem znaleziono: Chora źle odżywiana, z małą ilością podkładu tłuszczowego, drobna i szczupła. Na dolnej wardze herpes.

T<sup>o</sup> 36,2<sup>o</sup>. Oddechów 22 na minutę, puls 88 dość pełny, rytmiczny.

Klatka piersiowa prawidłowo zbudowana, nieco długa; kat międzyżebrowy dość szeroki.

Wypukowo na całej przestrzeni płuc ton płucny czysty, wierzchołki ruchome, fremitus nieco wzmożony i bronchophonia nad prawym wierzchołkiem; nad tymże wierzchołkiem wysłuchujemy silnie wydłużony wydech (nieokreślony) oraz rżenia drobnobańkowe.

Granice serca normalne, tony czyste.

Brzuch płaski, przy palpacji nieco bolesny, wyczuwa się w nim wyraźnie prawa nerka oraz brzeg wątroby i śledziona.

Mocz nasycony, przezroczysty, o odczynie kwaśnym, ciężarze gatunkowym 1,015, nie zawiera białka ani cukru.

Indykanu bardzo dużo.

Ilość fosforanów silnie zwiększona.

Diazoreakcja bardzo typowa (ze wszystkimi jej czterema charakterystycznymi cechami).

W osadzie przy badaniu mikroskopowym znaleziono złuszczenia z zewnętrznych organów płciowych.

Na zasadzie zmian wysłuchowych w prawym wierzchołku, słabego odżywiania chorej, obecności diazoreakcji w moczu, dreszczy i gorączki, o której mówiła chora, postawiłem rozpoznanie gruźlicy płuc, zapisałem chorej pilulae ex acido arsenicosi *lycopodio* consperg., oraz poleciłem zebrać plwocinę dla zbadania.

Na drugi dzień temperatura normalna.

Plwocina nie obfita, śluzowa. Plwocinę tę rozsmarowałem na szkiełkach i zabarwiłem sposobem Ziehl-Neelsen'a; ponieważ dnia tego miałem mało czasu i gdzieś się śpieszyłem, nie chciało mi się wkręcać immersyi do mikroskopu i obejrzałem preparat tylko przy powiększeniu — 480; znalazłem w nim prątki gruźlicze, co mnie utwierdziło w poprzednim rozpoznaniu.

Na trzeci dzień rano t<sup>o</sup> normalna.



Dnia tego miałem dyżur w szpitalu.

Okolo godziny 5 wieczorem siostra miłosierdzia wezwala mnie do chorej, która miała nadzwyczaj silne dreszcze i t<sup>o</sup> podniosła się do 40°.

Wygląd chorej i jej zachowanie się zwróciło moją uwagę—wziąłem kroplę krwi z jej palca i na preparacie niebarwionym pod immersyą znalazłem liczne i żywo poruszające się pasorzyty zimnicy.

Leczenie za pomocą chiny dało zupełnie dodatnie rezultaty nie tylko pod względem tego, iż t<sup>o</sup> chorej już więcej się nie podnosiła, ale że i obiektywne objawy płucne znikły zupełnie.

Po raz drugi zebrana plwocina i badana już pod immersyą przekonała mnie (chora brała w dalszym ciągu pigułki arsenikalne), że to, co miało być prątkami gruźliczemi, jest jedynie cząsteczkami siatki ze spor lycopodium z pigulek zapisanych chorej, spory którego mają tę właściwość, że barwią się karbolfuksyną, nie odbarwiając się za pomocą kwasu.

Różnica pomiędzy prątkami gruźliczemi a temi sporami jest odrazu widoczna, lecz tylko pod immersyą. W danym więc przypadku przyczyną utwierdzenia się w mylnem rozpoznaniu było popełnienie przezemnie „kunstfeller'u“: oglądanie preparatu bakteriologicznego nie pod immersyą.

---

#### PRZYPADEK IV.

### **Deciduoma malignum pulmonum, przebiegająca jako zgorzel płuc.**

Dn. 10-XI 03 zostałem wezwany na oddział ginekologiczny kol. R. w celu zbadania chorej F. W. lat 22, gorączkującej, u której nagle wystąpiły objawy ze strony płuc.

Chora ta, jak zaznacza to karta szpitalna, miesiączkuje od 16 roku życia według typu 4—5-IV bez bólów, z obfitem krwawieniem.

W 16-tym roku życia wyszła za mąż.

W 17-tym i 18-tym roku rodziła dzieci, które żyją i są zdrowe. Porody były łatwe.

Przed 5-cioma miesiącami urodziła trzecie dziecko, które dobrze się chowa. W 2 tygodnie potem, gdy chora już wstała, zjawily się cuchnące wypływy z pochwy, wskutek czego lekarz, do którego się chora zwróciła, dokonał skrobienia macicy.

Na oddziale ginekologicznym chora znajduje się od 5-ciu dni. Przy badaniu tam znaleziono „macicę znacznie powiększoną, dochodzącą do pępka, miękką, nie bolesną; wydzielina z niej silnie cuchnąca, krwawa.“

Zrobiono excochleatio uteri i wydobyto znaczną ilość „resztek placentae i otoczek.“

Rozpoznanie postawiono jedynie na zasadzie wyglądu makroskopowego.

Chora od pierwszego dnia przybycia na oddział gorączkuje;  $t^0$  waha się od  $38,2^0$ — $39,6^0$ — $40,2^0$ .

Od wczoraj chora zaczęła płuć silnie cuchnącą plwociną oraz silnie kasłać.

Przy badaniu chorej znalazłem: Chora o średnim odżywianiu, prawidłowej budowie. W oczy rzuca się lekka sinica warg, uszów i górnych kończyn.

Silna duszność, oddechów 38 na minutę, puls 120 drobny, mały.

W konfiguracji klatki piersiowej zmian konstatować nie można.

Bronchophonia i fremitus silnie wzmoczone prawie na całej przestrzeni klatki piersiowej.

Również prawie na całej przestrzeni klatki piersiowej znajdujemy stłumienia; pomiędzy nimi miejsca z czystym płucnym tonem wypukowym, mającym nawet lekki odcień bębnekowy.

Wysłuchowo na całej przestrzeni słychać świsty, rżenia suche i wilgotne, z metalicznym odcieniem i bez, oddech oskrzelowy.



Plwocina nader obfita szaro zielona silnie cuchnąca dzieli się w kuflu wyraźnie na 3 warstwy.

Granice serca normalne, tony czyste, lecz głuchawe.

Brzuch wzdęty, bolesny na całej przestrzeni, szczególnie jednak w dolnej jego części, nad symphisis.

Stopy lekko obrzęknięte.

Innych badań u chorej nie robiłem.

Według danych karty szpitalnej mocz nie przedstawiał żadnych zmian patologicznych: „nie zawierał białka ani cukru.“

Wobec procesu w macicy postawiłem rozpoznanie gangreny płuc, która się rozwinęła prawdopodobnie na tle zatorów.

Stan chorej z dnia na dzień pogarszał się, jak zaznacza karta szpitalna (chorej w dalszym ciągu nie obserwowałem), i w pięć dni potem chora zmarła.

Na sekcji znalazłem: *Fragmentatio musculi cordis cum degeneratione parenchymatosa. Degeneratio parenchymatosa hepatitis et renum, macicę znacznie powiększoną, miękką, a w niej in caro uteri nowotwór wielkości cytryny, rozpadający się, a w płucach przerzuty—w prawem 3 wielkości dużej cytryny jeden w płacie środkowym, dwa w dolnym, w lewem 4 takiejże wielkości dwa w górnym płacie, oraz dwa w dolnym, rozpadające się, o jednakowym charakterze z nowotworem pierwotnym.*

Przy badaniu mikroskopowem mogłem skonstatować, iż nowotwór pierwotny oraz przerzuty były „*deciduoma malignum*.“

Niezbadaanie plwociny przeszkodziło należytemu rozpoznaniu sprawy; ważnem było w danym przypadku zbadanie plwociny nie zabarwionej, czego, niestety, tak często się nie robi.

(*d. c. n.*).

## II. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa

(rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena).

STUDYUM KLINICZNE

NAPISANE

D-r JAN SĘDZIAK

---

(Praca wyróżniona zaszczytną wzmianką na konkursie międzynarodowym Amerykańskiego Towarzystwa laryngologicznego w r. 1905).

---

(*Ciąg dalszy*).

Do zwolenników poglądu tego należą: Bresgen, Nöbel i Löhnberg, Hajek, Wertheim, Moll, George, Ryerson, Porcher, North, Winslow, Jacques, Theisen, Mayer, Logan, Farlow, Longmaid, Chatellier, Grand, Berthold, Cobb, Ricord, Brieger, Cassel, Robertson, Flatau, Spicer, Tissier, wreszcie Harris.

Większa część tych autorów uważa cierpienia zatok sitowych i klinowych, jako przyczynę zanikowego nieżytu nosa wzgl. ozeny np. Langmaid, jakoteż Flatau, który widział wyleczenie tego cierpienia po operacyi ropienia i pruchnienia zatok sitowych i klinowych.

Inni autorowie natomiast uważają cierpienie zatoki Highmor'a (empyema) za przyczynę ozeny np. Robertson i Spicer; ten ostatni autor również widywał wyleczenie tego cierpienia po operacyi ropotoku Highmor'a.

Bronner na 25 przypadków ozeny spostrzegł raz tylko zajęcie zatok klinowych, a 2 razy Highmor'a (szczękowych górnych), również Harris na 19 przypadków ozeny— 2 razy ropne zajęcie zatoki Highmor'a i raz sitowych.

Wreszcie Ricord spostrzegł tylko zajęcie zatok czołowych w przypadkach ozeny.



Z drugiej znowu strony teorye te mają swoich przeciwników, a nawet bardzo licznych i to poważnych, do których między innymi należą: Schech, M. Schmidt, Rosenthal, Wright, Mygind, Zarniko, Hill, Rethi, Jacoby, Hopmann, Gerber, Kafemann, Cholewa, Cordes, Zuckerkandl (dowody anatomiczne), Habermann, Siebenmann, wreszcie Grosskopf (2 przypadki ozeny bez zajęcia zatok bocznych nosa, wyleczone za pomocą innych metod).

Co się tyczy mojego stanowiska w powyższej kwestyi, to jakkolwiek stosunkowo bardzo często notowałem to powikłanie (na 1142 przypadki zanikowego nieżytu nosa wzgl. ozeny — 86 razy, z czego w 40 przypadkach, zajęta była zatoka Highmor'a (empyema), pomimo to jednak, mając znowu na uwadze ujemny wynik badania zatok nosowych za pomocą prześwietlenia, oraz innych metod, zajęcie tych zatok, zdaniem mojem, nie może być uważane, jako przyczyna zanikowego nieżytu nosa, zarówno zwykłego, jakoteż i cuchnącego t. j. ozeny.

*Teorya chemiczna.* 1-szy Krauze w roku 1885 wykazał, że główną rolę w przypadkach ozeny odgrywają zmiany w wydzielaniu—mianowicie zwyrodnienie nacieczonych komórek, stąd i cuchnienie.

F. Fraenkel również utrzymuje, że najważniejszym w przypadkach ozeny jest zanik gruczołów Bowman'a, stąd ułatwienie przenikania drobnoustrojów, wywołujących cuchnienie.

Do zwolenników tego poglądu należą: Schwenemann, oraz Grosskopf, wreszcie Moure.

Według Habermann'a istota ozeny polega na tłuszczowem zwyrodnieniu nabłonka gruczołów Bowman'a, jakoteż gronkowych.

Ten sam pogląd wyznają: Rethi, Roe, jakoteż Jurasz, który uważa ozenę za anomalię w wydzielinie.

Freudenthal uważa za najważniejsze w etyologii ozeny t. zw. xerosis t. j. brak wilgoci w powietrzu; Saenger zaś

zmniejszenie (5—10 razy) natężenia wydechanych wahań w ciśnieniu powietrznem.

*Teorya trefoneurotyczna.* Pierwszy Volkmann, a następnie Suchardt, wykazali, że zmiana nabłonka stożkowego w płaski—rogowy (t. zw. metaplasia nabłonka) odgrywa bardzo wybitną rolę w etyologii ozeny; przyczem cuchnienie zależy od rozkładania się rogowej substancji.

Do zwolenników tego poglądu należą: Seifert, jakoteż Zarniko; ten ostatni jednakże sądzi, że współudział specyficznego zarazka jest tu niezbędny.

Wreszcie Bayer, Hecht, Capart, Lautmann, Gouguenheim, Rethi, Mygind, Bourouillée, przyjmują również trefoneurotyczne pochodzenie ozeny.

Pewną modyfikację w powyższej teorii wprowadził w r! 1900 prof. Siebenmann z Bazylei, łącząc ją na podstawie odpowiednich badań, z teorią mechaniczną, tj. Suchardt'a metaplazją z t. zw. chamaeprosopia (szeroka twarz i „comme de raison” szerokie jamy nosowe).

Pogląd ten wyznają: Helinger, Meisser i Grossheintz.

Gerber w r. 1900, opierając się na specjalnych badaniach w 407 przypadkach ozeny, przyszedł do przekonania, że w etyologii tego cierpienia odgrywa pierwszorzędną rolę: chamaeprosopia i platyrrhinia t. j. szeroka twarz i szeroka czaszka.

Wreszcie Cholewa i Cordes uważają za przyczynę ozeny przede wszystkim pierwotne zmiany w kościach (zanik) tj. analogiczne do tych, jakie widzimy w przypadkach rozmiękczenia kości (osteomalacia).

*Teorya pasorzytnicza.* Najważniejszą jednak teorią, najlepiej tłumaczącą istotę niezytu zanikowego nosa wzgl. ozeny jest pasorzytnicza.

Badania bakteryologiczne w przypadkach ozeny po raz pierwszy były dokonane przez E. Fraenkel'a w roku 1882.

Znajdował on 2 rodzaje micrococci i bacilli, przyczem



jedną odmianę tych ostatnich tj. grube laseczniki autor ten uważał za przyczynę cuchnienia przy ozeny.

W trzy lata później Loewenberg w Paryżu, zajmując się specjalnie tą kwestyą, wyhodował pewien rodzaj drobnoustrojów, który uważa za swoisty dla ozeny—mianowicie w 16 przypadkach tego cierpienia znajdował diplococcus (diplobacillus) przeważnie w postaci małych łańcuszków. Oprócz tego „ozaenococcus“ znajdował on jeszcze 2 inne odmiany pasorzytów; szczepienia jednakże dały wynik ujemny.

B. Fraenkel potwierdził wyniki E. Fraenkel'a, nie przyjmując swoistości drobnoustrojów Loewenberg'a.

Z drugiej znowu strony Sicard, Fage, Boucheron, Baratoux, Massei, Baurowicz, Lennox Brown, Hibert, jakoteż Cornil i Babes potwierdzili odkrycie Loewenberg'a.

Według Cornil'a i Babes'a „ozaenococcus“ Loewenberg'a przedstawia się pod postacią szerokich, niekiedy połączonych ze sobą komórek 0,5—0,1 cm. w średnicy mających. Hodowla na żelatynie rozpuszcza ją, dając znamienne cuchnienie ozeny; zarazek to patogeniczny dla myszy (śmierć następuje po upływie 1—2 dni).

Następnie jednakże okazało się, że Loewenberg'a „ozaenococcus“ jest identyczny z Friedlaender'a „pneumococcus“ (Klamann, Thost, de Simoni, Strazza etc.).

Paulsen w 15 przypadkach znajdował również „pneumobacillus“ Friedlaender'a; toż samo w r. 1893—5 Abel w 16 przypadkach ozeny.

Powyżsi autorowie utrzymują, że oprócz Loewenberg'a gronkowca istnieje inny jeszcze pasorzyt, nazwany przez nich „bacillus mucosus“, który jedynie tylko jest swoisty dla ozeny, jakoteż w ogóle dla zanikowego nieżyty nosa.

Lasecznik Abel'a ma 1,25 cm. szerokości, długość jego różnorodna, barwi się za pomocą methylenblau, karbolfuksyny, anilinfuksyny, i Anilin-metylwioletu; nie barwi się natomiast metodą Gram'a. Bardzo dobrze się hoduje na agar-agar;

jest patogeniczny dla białych myszy (zdychają przy objawach typowej septicemii).

Hajek, jakoteż Dreyfuss i Klemperer potwierdzają istnienie odkrytych przez Loewenberg'a, a następnie przez Abel'a i Paulsen'a drobnoustrojów: przytem zarówno „ozaenacoccus“ Loewenberg'a, jakoteż „bacillus mucosus“ Abel'a i Paulsen'a uważają oni za jeden i ten sam pasożyt, identyczny z Friedlaender'a „pneumococcus.“

Znajdują się one jednakże tylko w wydzielinie chorych na ozenę, a nie w tkankach.

Marano w r. 1890 i Kyle w 1894 stwierdzili, że najczęstszym drobnoustrojem w przypadkach ozeny jest bacillus foetidus, nazywany przez Baurowicz'a „bacillus capseolatus rhinitidis atrophicae.“ Toż samo Rundström w 1898 r. i Meslay, oraz Viollet w r. 1899.

W roku 1900 włoscy autorowie: Belfanti i della Vedova utrzymują, że w przypadkach ozeny istnieją 2 formy: 1) Loewenberg'a wzgl. Abel'a bacillus mucosus i 2) bacilli similo (pseudo) diphtheritici, które uważają za swoiste dla tego cierpienia.

Pes i Gradenigo potwierdzili to odkrycie; znajdowali oni jednakże jeszcze jedną odmianę: małe laseczniki.

Toż samo Lautmann, jakoteż Anche i Brindel (z 20 przypadków zanikowego nieżytu nosa znajdowali oni: 20 razy Loewenberg'a bacillus mucosus, 18 razy bacillus pseudodiphtheriticus, 3 razy małe laseczki Pes'a i Gradenigo'a, 12 razy staphylococci i 4 razy streptococci).

(c. d. n.).

---



## III. ODCINEK.

ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA  
W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

*(Ciąg dalszy).*

Mielnica (pow. kowelski); szpital przy kościele parafialnym fundował w r. 1750 Jerzy Olszański, podkomorzy łucki.

Mielnik (pow. d. drohicki); fundusz na utrzymanie 7 ubogich, mianowicie 2000 zł. zapisał w r. 1655 Olbracht Emeryk Mleczeko; szpital o dwóch izbach z drzewa wystawił w r. 1771 ks. Łącki.

Miłosław (mtko, dek. pyzderski); w XVII w. miał szpital tutejszy pięciu ubogich, kawał roli i ogrody jako uposażenie.

Mińsk (Mazowiecki=Nowomińsk); szpital tutejszy fundowała w r. 1557 Anna Mińska, dziedziczka Pniewnika, uposażenie powiększył Kacper Miński w r. 1562. (*Zapis. 79*).

Mińsk (Litewski); Łukasz Bohusz Szyszko testamentem z dn. 4 lutego 1646 r. przeznaczył 1500 zł. na wymurowanie szpitala oraz 750 zł. na utrzymanie w nim ubogich; kiedy z biegiem czasu fundacya ta upadła, wnukowie Łukasza, połączywszy się z Tomaszem Stacewiczem, założyli w r. 1752 szpital rochitów. — W pierwszych latach XVIII w. wprowadza tu bonifratrów Teodor Wańkowicz, stolnik i podstarości miński, a ks. Augustyn Antoni Lubieniecki, opat konwentu mińskiego zakonu św. Bazylego zapisuje im w r. 1750 pokaźną sumę 8000 zł.—Katarzyna Sapieżanka, przełożona zgromadzenia bazylijanek, dała 10000 zł. na utrzymanie w klasztorze 10 pannen sierot.

Mir (gub. grodzieńska); szpital założył w XVI w. i uposażył Mikołaj Krzysztof Radziwiłł.

Mixtat (dawniej Komorów, w ziemi Wieluńskiej); szpital fundowali mieszczanie w 1619 r.

Modrze (wieś, dek. bukowski); wizyta Żalaszowskiego z r. 1695 mówi: „Szpital dla ubogich jest stawiany w mur pruski, inaczey w lepiankę, ma dwie wielkie izby ogrzewane i ośm komor; obecnie znajduje się w nim ośmiu ubogich. Uposażenie jego jest bardzo małe, tak iż ubodzy utrzymują się częścią z własnej pracy, częścią też z jałmużn ludzi dobroczynnych.“

Mogilnica (mtko, dek. grójecki); w r. 1603 istniał tu przy kościele szpital, ale bez uposażenia: ubodzy utrzymywali się z jałmużny.

Mohilew; w r. 1602 król Zygmunt III dozwolił mieszcza-  
nom zawiązać towarzystwo (*bractwo*) dobroczynności.

Mokronos (wieś, dek. koźmiński); wizyta Gnińskiego z roku 1684 mówi: „Jest tu także szpital o jednej wielkiej izbie ogrzewanej i dwóch komorach. Mieszka w nim czterech ubogich. Szpital ten posiada stodołę i rolę, zwaną Kopaninka z legatu pracowitego Stanisława Grzyba, kmiecia z Gościejowa. Rola ta styka się z rolami folwarcznymi. Prócz tego szpital ma dwa woły i trzy krowy.“

Mościska (ziemia przemyska); szpital na 8 ubogich założył w r. 1792 prebendarz Sebastyan Kozorowicz.

Mosina (mtko, dek. bukowski); szpital o jednej izbie ogrzewanej i ośmiu komorach miał w XVII w. uposażenie w rolach, łąkach, ogrodach i sumach.

Mszczonów (ziemia sochaczewska); szpital fundował w r. 1563 Mikołaj Radziejowski. (*Zapis. 80*).

Mórka (wieś, dek. śremski); szpital powstał dopiero w pierwszej połowie XVIII w.; miał trzy izby ogrzewane i cztery komory.

Myślenice (wojew. krakowskie); Grzegorz Rogala Zawadzki, skarbnik nurski, fundował w r. 1742 szpital na 12 ubogich.

Nadarzyn (mtko, dek. błoński); szpital założyła w XVI w. Barbara Pillikowa ze Skul.

Nekla (mtko, dek. kostrzyński); szpital założył w XVIII w. Aleksy Błachowicz, pleban miejscowy, ale uposażenia mu nie dał żadnego.

Nieciecza (pow. lidzki); szpital istniał w końcu XVIII w.

Niepart (wieś, dek. krobski); w XVII w. było w szpitalu tutejszym czterech ubogich, którzy utrzymywali się z jałmużny.

Nieśwież; szpital założył i uposażył Mikołaj Krzysztof Radziwiłł (XVI w.), on też zawiązał tu bractwo Miłosierdzia.

Nieszawa; w roku 1637 Jan i Ewa Krzywdowie zapisali 100,000 złp. na utrzymanie kościoła i dwóch szpitali tutejszych, z których jeden dotąd nosi nazwę *Krzywdów*.



Nietrzonowo (wieś, dek. śródzki); na początku XVIII w. szpital tutejszy dawał przytułek sześciu ubogim; miał wielką izbę ogrzewaną i trzy komory, za uposażenie zaś—rolę własną.

Nockowa *vid.* Sędziszów.

Nowemiasto (nad Wartą); w roku 1685 szpital składał się z izby ogrzewanej i dziewięciu komór, oraz stajni i obory dla inwentarza.

Nowogród (w ziemi łomżyńskiej); szpital istniał tu w XVI w. (*Zapis. 81*).

Nowogródek; Kazimierz Lew Sapieha, podkanclerzy litewski, fundował w r. 1649 szpital św. Ducha i św. Barbary i na utrzymanie 27000 zł. przeznaczył.

Nowydwór (pow. lidzki); szpital na 6 ubogich fundował w r. 1645 Andrzej Hładowicki.

Nowydwór (pow. sokólski); w r. 1639 szpital tutejszy dostał na utrzymanie ubogich z górą dwie włóki roli.

Nur; szpital istniał tu już w początkach XVI w. (*Zapis. 82*).

Obra (wieś, dek. grodziski); o szpitalu tutejszym pisze wizyta Libowicza z r. 1725: „Szpital jest domem nowym, blisko kościoła szpitalnego stojącym, ma jedną wielką izbę ogrzewaną i pięć komórek, w których pięciu ubogich mieszka. Szpital ten nie ma najmniejszego uposażenia, ubodzy z kolei pobierają po jednym codziennie żywność z klasztoru, jako jałmużnę.“

Odolanów (mtko, dek. koźmiński); w r. 1684 był już tylko plac pusty, na którym stał niegdyś szpital.

Okmiany (pow. szawelski); w r. 1672 szpital dostaje ogród od Heleny Szukiewiczówny.

Olkusz; górnicy mieli tu dwa swoje szpitale: katolicki i luterański. Katolicki św. Ducha istniał już w XV w., luterański powstał przy kościółku św. Krzyża w r. 1580. W dn. 13 lutego 1671 zapadła następująca uchwała górników tutejszych: „...póki Pan Bóg miłościwy skarbu swego w górach tutejszych ilkuskich pożyczyc i udzielać będzie raczył, wiecznemi czasy wkładamy y postanawiamy y niezłomnie to laudum mieć chcemy: A to na potrzeby nas wszystkich górników tak na prawne nakłady i koszty .... iako też dla ubogich i nędznych górników, chorych y niedołącznych, albo których góra przytłucze, pokaliczy, na opatrzenie ich w chorobach, alias na pogrzeby ciał grzesznych, wdów y sierot ratunku potrzebujących, których rodzice w niedostatku odumieraia, na wyżywienie y wychowanie ich, y na insze wszystkie potrzeby górnicze, żeby wszyscy .... od każdego złotego zarobionego na każdy tydzień przy



placy .... grosz ieden od iednego złotego, od dziesiątka groszy ieden szeląg dawali .... do rąk pisarza naszego pod surowym karaniem y winą czternastu grzywien.“

Olsiady (pow. telszewski); Jan Bieliński zapisał w r. 1646 na szpital tutejszy 3300 zł., w roku zaś 1691 Wawrzyniec Rymgayło 500 tynfów.

Ołyka; szpital św. Krzyża i bank pobożny, (mons pietatis = lombard) założył i sownie uposażył w pierwszej połowie XVII w. Olbracht Stanisław Radziwiłł, Kanclerz W. L. — W tymże czasie istniał tu drugi szpital, św. Ducha, przy kolegiacie ołyckiej.

Opalenica (pow. bukowski); w r. 1594 kasztelan Jan z Bni-na Opaliński z bratem Piotrem zapisują na szpital w O. czynsz od 1000 zł.

Opatów; nowy szpital wymurował w r. 1480 Jan Bronikowski z Bodzętyna, kantor miejscowy.

Opatowiec (wojew. sandomierskie); szpital fundował i dochody dla niego na żupach bocheńskich ubezpieczył Jan Olbracht.

Oporowo (wieś, pow. wschowski); istniał tu szpital już na zaraniu XVII w., ale dostateczne uposażenie dostał dopiero w r. 1640 od Stanisława z Bni-na Śmigielskiego, dziedzica ówczesnego. Wizyta Wolskiego z r. 1667 mówi: „Jest w tej wsi szpital, albo dom ubogich, lecz spustoszony, w myśl erekcyi powinno w nim mieszkać siedmiu ubogich, obecnie mieszka ich tylko pięciu. Mają rolę podzieloną na trzy pola, krów sześć, dwa woły, klacz, dwie świnię, stodołę, stajnię, oborę, łąkę, ogród w polu, 300 złotych kapitału i procent od stu złotych na sól.“

Osieczna (mtko, pow. wschowski); kościół św. Ducha ze szpitalem miał założyć Maciej Borek, kasztelan nakielski, dziedzic miejscowy, skądinąd wszakże wiadomo, że już w roku 1429 szpital dostał ogród od Andrzeja Czarnkowskiego. Ubogich bywało tu 12—16.

Ostroróg (mtko, pow. szamotulski); były tu dwa szpitale: przy kościele farnym i przy kościele św. Jakuba. Pierwszy dawał przytułek sześciu ubogim, istniał na początku XVII w.; w r. 1785 pozostał już po nim tylko plac, gdy szpital stał się pastwą ognia. Drugi szpital w tym czasie, t. j. w r. 1785 chylił się ku upadkowi.

Ostróg (mto powiatowe); ks. Konstanty Ostrogski przeznaczył część dochodów ze wsi Suraża na szpital dla włościan w Ostrogu (w pierwszej połowie XVII w.); liczne zapisy porobiła na szpital Anna na Ostrogu Chodkiewiczowa, wojewodzina wileńska w latach 1623, 1625 i 1657.



Ostrów (mto, pow. odolanowski); w r. 1684 pozostał już tylko plac pusty, na którym ongi stał szpital. Wizyta r. 1784 nie znalazła tu również szpitala, chociaż miał zapewnione uposażenie w łąkach, ogrodach i roli.

(d. c. n.).

## IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby wewnętrzne.

175. Kossel. **Porównawcze badanie nad gruźlicą ludzi i zwierząt.** (Zeitschrift f. Tuberkulose. Tom VIII, zeszyt 2).

Otrzymane wyniki autor formułuje w sposób następujący:

1) Przy bakteryologicznem badaniu zmian u ludzi, bydła i świń, zmian wywołanych przez gruźlicę, można skonstatować dwa rodzaje drobnoustrojów gruźlicy, które autor nazywa tymczasem: typus humanus i typus bovinus bacilli tuberculosis.

2) Tak rozprzestrzenioną gruźlicę u bydła należy przypisywać bez wyjątku zakażeniu prątkiem gruźliczym typi bovini.

3) Świnie są bardzo podatne do zakażenia prątkiem gruźliczym typi bovini, znacznie mniej prątkiem gruźliczym typi humani.

4) Gruźlica u ludzi na pierwszym miejscu powstaje przez zakażenie prątkiem gruźliczym typi humani, który może być przeniesiony z człowieka na człowieka.

5) Zmiany gruźlicze mogą u człowieka wywołać też prątki gruźlicze typi bovini.

6) Prątek gruźliczy typi bovini może być przeniesiony na człowieka za pomocą pokarmu, który pochodzi od zwierząt chorych na gruźlicę, na pierwszym miejscu przez mleko zwierząt, chorych na gruźlicę wymion.

7) Zakażenie gruźlicą, która pochodzi od zwierząt, ma znacznie mniejsze znaczenie dla rozprzestrzeniania się gruźlicy u ludzi, niż gruźlica, która pochodzi od ludzi chorych na takową.

W. Biehler.

176. Calmette i Guerin. **Kiszkowe pochodzenie gruźlicy płuc.** (Annales de l'institut Pasteur. Październik, 1905).

Autorowie na drodze doświadczalnej starali się rozwiązać pytanie, rzucone przez Behring'a na kongresie przyrodników w Kassel w roku 1903, zapytanie, które tak rozmaicie tłumaczono i wyświetlano.

Jako przedmiot do badania wybrano kozę, o której wiadomo, że jest bardzo odporną przeciwko zakażeniu gruźlicą. Badano wyniki, jakie się otrzymało u młodych i u starych zwierząt po zaszczepieniu gruźlicy w najrozmaitszych organach. Okazało się, że w większej części przypadków gruźlica płuc rozwijała się nie przez wdychanie, lecz przez połykanie pyłu, zawierającego laseczniki gruźlicze; jak to też utrzymuje Behring — laseczniki gruźlicy przenikają do jelit, podobnie, jak to mamy i przy nosaciznie u koni, gdzie zakażenie zawsze się rozwija przez przewód pokarmowy. W przeciwieństwie do Behring'a, autorowie u swoich zwierząt obserwowali, że dorosłe zwierzęta łatwiej zarażają się gruźlicą per os, niż młode zwierzęta, które, dzięki swemu aparatowi gruczołowemu, są lepiej ochronione przeciwko temu, aby zakażenie przechodziło na inne organy specjalnie na płuca, niż starsze zwierzęta. Autorowie zatem wcale nie uznają teorii Behring'a, według której gruźlica u dorosłych pochodzi od spóźnionego jej rozwoju, od zakażenia gruźlicą jelit, które nastąpiło już w wieku dziecięcym.

Wiadomo, że wprowadzone do przewodu pokarmowego laseczniki gruźlicy u dorosłych z największą łatwością przenikają do dróg limfatycznych w kresce, nie zarażając wcale jelita i nie napotykając skutecznego odporu w gruczołach kreski; z tego też powodu, według mniemania autorów, zrozumiałem jest, że chorzy, cierpiący na gruźlicę płuc, sami się zakażają, połykając plwocinę, zawierającą laseczniki; przez to wytwarzają się coraz to nowe ogniska w jeszcze zdrowych częściach płuc. Z tego powodu należy też mieć baczną uwagę, zapomocą częstych badań bakteriologicznych, na to, kiedy chory w plwocinie zaczyna mieć laseczniki. Wtedy ma ogromne znaczenie na przebieg choroby nauczanie takiego chorego, aby tenże za każdym razem spluwał i nigdy nie połykał plwociny. Należy też tego wymagać od chorego, aby po każdym jedzeniu i, jeżeli można, po każdym splunięciu płukał usta przegotowaną lub też filtrowaną wodą. Te wnioski wcale się



nie sprzeciwiają ogólnym higienicznym zasadom o zapobieganiu i leczeniu gruźlicy; pouczają one tylko, że przy rozprzestrzenianiu się gruźlicy zanadto obwiniano wdychanie kurzu, który wywołuje zakażenie nie przez wdychanie, lecz przez połykanie.

*W. Biehler.*

177. Zippel. **Ułożenie chorych zanieczyszczających się na torfie.** (Münch. med. Wochenschrift. N-r 6, 1906).

W Hamburgu w przytułku dla biednych leży ciągle w łóżku 300 chorych na przewlekłe cierpienia i charłactwo wskutek starości. Z tych 300 około 20—30 (z których połowa cierpi na niedołęztwo umysłowe) robi pod siebie mocz albo też i kał. Ma się rozumieć, że przedstawia to wielką trudność, aby tacy chorzy nie podostawali odleżyn, aby zapach w salach był znośny—szczególniej, gdy trzeba zwracać uwagę na stan finansowy takich przytułków. Aby temu wszystkiemu zaradzić, autor od lat 6 kładzie takich chorych na torfie. Otrzymał on świetne wyniki, tak, że odleżyny należą obecnie do rzadkości. Poleca autor następujący sposób przyrządzania łóżka, który to sposób po długim doświadczeniu okazał się najlepszym, szczególnie u kobiet: Na prześcieradło, pod którym leży ceratka albo też poduszka, napełniona powietrzem lub wodą, kładzie autor w trójkąt złożone prześcieradło, długą stroną poprzecznie do długości łóżka. Na to prześcieradło układa się tak zwane gniazdo, średnicy  $\frac{1}{2}$  metra: mianowicie cienką luźną warstwę juty z mniej więcej 15 ctm. wysokim brzegiem (waży to 100,0). To gniazdo wypełnia się luźno rozdrobionym torfem około 200,0.

Na tak przyrządzone gniazdo kładzie się chorego, a trójkątne prześcieradło obwiązuje się na około brzucha i nóg, jak u niemowląt. Tak można zostawić chorego przez 12 godzin, nawet przez 24 godzin, co właściwie nie powinno mieć miejsca. Inaczej ma się rzecz ze stolcem. U chorych takiej kategorii wywołuje się stolec co drugi dzień za pomocą lawatywy i sadza się ich potem na kubel. Jeżeli zaś następuje stolec nadspodziewanie w łóżku, lub chory ma rozwolnienie, to pielęgniarka nie potrzebuje zaraz oczyszczać chorego, może przed tem wykończyć pilniejszą robotę. Tym sposobem ułatwia się w wielkim stopniu pielęgnowanie chorych. Czyszczenie łatwe, gdyż kał w tej chwili miesza się z torfem i prawie wcale nie brudzi chorego, a od torfu łatwo oczyścić cho-



rego. Aby nie sprawiać specjalnych prześcieradeł, składa się zwyczajne prześcieradło diagonalnie, co znowu swoją drogą ułatwia pielęgniarce w rozporządzaniu się zapasem bielizny.

U mężczyzn takie gniazdo z torfem ma mniejsze znaczenie, gdyż zupełnie wystarcza dobra butelka do moczu; może i tutaj oddać dobre usługi, gdyż u starych ludzi, jak wiadomo, członek wcale nie zmienia swego położenia. U spokojnie leżących mężczyzn stosuje autor z dobrym wynikiem poduszki z torfu i juty z denkiem z batystu Billroth'a. Kładąc chorych na takie gniazda z torfu, autor osiągnął to, że nigdy nie zauważył przykrego zapachu w salach, zajętych przez zanieczyszczających się chorych, chociaż na każdego chorego wypadało tylko 23,5 ctm.<sup>3</sup> powietrza i wentylacji sztucznej wcale nie było. Do rozdrobienia torfu radzi autor używać sita drucianego z 3 mm otworkami, lub też zwyczajnie rozdrabiać rękami, usuwając przy tem twardsze i grubsze kawałki.

W. Biehler.

178. C. A. Ewald. **Krew i krwotoki w chorobach narządów trawienia.** (Berl. Kl. Woch., 1906, N-r 9 — 10).

Autor pokrótce załatwia się z danymi hematologicznymi, ponieważ te, rzeczywiście, pod żadnym względem nie dostarczają danych patognostycznych, mogących zaważyć bezwzględnie przy dyagnostyce różniczkowej raka i wrzodu żołądka, lub raka i anemii zgubnej, zwłaszcza w *początkowych okresach* tych chorób \*). Głównie zastanawia się autor nad patologią i terapią krwotoków żołądkowo-kiszkowych, które dzieli na 2 grupy: krwotoki jawne i skryte. Do pierwszych zalicza wymioty i stolce krwawe, do drugich takie, gdzie obecność krwi ujawnia się dopiero przy badaniu kliniczno-chemicznym. W obu razach przyczyny mogą być identyczne. Jakkolwiek ważnym jest fakt krwawienia, wskazując na jawną lub skrytą poważniejszą chorobę, to jednak w konkretnym przypadku raczej utrudnia, niż ułatwia rozpoznanie. Punkt ciężkości leży w wykazaniu obecności krwi w kale. Trzeba wiedzieć, że tej osta-

---

\*) Należy jednak położyć nacisk, że i hematologia dostarcza cennych wskazówek w dalszym przebiegu lub rozwoju tych i innych chorób, zwłaszcza zaś przy odróżnianiu ich od zaburzeń funkcjonalnych przewodu pokarmowego (przyj. ref.).



tniej zwykle niema we wczesnym okresie raka (brak owrzodzeń) i w późnym okresie wrzodu (zabliźnienie). Dlatego też, jeśli się zjawia, to z jednej strony wskazuje nam na stadium danej choroby, z drugiej — powstrzymuje od sondowania, a wreszcie służyć może do różniczkowania między wrzodem a nerwicą żołądka.

Co się tycze krwawień kiszkowych, te mogą występować w najróżnorodniejszych sprawach (hemoroidy, tyfus, gruźlica, dyzenterya, marskość wątroby etc.) i przez to właśnie utrudniają oryentowanie się.

Tak samo nawet w jawnych krwotokach, gdy widzimy krew w wymiotach lub stolcu, nie zawsze można z wyglądu krwi wnioskować, z kąd pochodzi: tylko przy pomocy wywiadów, badania fizykalnego i przebiegu choroby dochodzimy do rozwiązania zagadnienia.

Co się tycze terapii, to bezpośrednio oddziaływać możemy tylko na krwotoki żołądkowe i hemoroidalne. W pierwszych autor, wyliczywszy środki dawniejsze (lód, chlorek żelaza, sporysz, morfina, hydrast. canad. i hamamelis virgin.) i zawiódłszy się na nowych (styptycyna, styptol, stagnina, adrenalina, calc. chlorat., żelatyna), najbardziej zaleca płukanie żołądka wodą lodową. Zapaść zwalcza podług zwykłych prawideł. W kwestyi zabiegów chirurgicznych trudno dotychczas orzec coś pewnego. Potrzeba i wskazania do operacji nie są jeszcze ustalone, a wyniki niepewne.

Krwawienia hemoroidalne zwykle nie mają poważnego znaczenia. I tu stosujemy lód, zimne okłady, nasiadówki; gdy to nie wystarcza—uciekamy się do adstringentia (zastrzykiwania, maście, czopki lub wata), lub do calc. chlorat. Autor chwali przytem maść chryzarobinową (chrysarob. 0,8, jodoformu 0,3, extr. Bell. 0,6, vasel. 15,0), którą można do wewnętrznych szyszek zapisać i w czopkach, wreszcie „fascal”, nowy preparat czopkowy. Jako ultimum refugium zaleca leczenie chirurgiczne.

Nakoniec E. zwraca uwagę na skryte krwotoki hemoroidalne, jako przyczynę stanów anemicznych, gdzie tylko badanie chemiczno-mikroskopowe stolca, lub rektoskopia wykrywa istotne źródło cierpienia. Również groźne następstwa wywołują krwawienia kiszkowe przy botriocephalus lub anchylostoma.

J. P.



179. Neisser. **Macanie zgłębnikiem gruczołów oskrzelowych w niektórych bardzo lekkich rodzajach gruźlicy.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med, 86 T.).

U wielu chorych, którzy nigdy nie mieli ani jednego klinicznego objawu gruźlicy, chociaż pomimo to silnie reagovali na tuberkulinę, znalazła się masa subiektywnych dolegliwości, jakoto: bóle w plecach, w piersi, klucia między łopatkami, szybkie zmęczenie się, czasami poty w nocy i t. d. Wszystkie te bóle, które, jak już dawno wiadomo wskazują na zakażenie gruźlicą, pochodzą od ostrego zapalenia pewnych gruczołów oskrzelowych i tkanki naokoło takowych, jak to nie trudno wykazać macaniem za pomocą specjalnie przyrządzonego zgłębnika przez przełyk; w przewlekłych przypadkach wyraźnej gruźlicy płuc nigdy nie można odnaleźć tego objawu zgłębnikowego. Zatem, jeżeli mamy podejrzenie na zakażenie gruźlicą, jeżeli nie wiemy, gdzie się takowa znajduje, jeżeli badanie płuc nic nie pokazuje, a odczyn tuberkuliny wypada dodatnio, to daje nam dodatni objaw zgłębnikowy bezwarunkowy punkt oparcia, że mamy do czynienia ze świeżym gruźliczem zakażeniem jednego gruczołu oskrzelowego. Pomimo to bardzo często w takich przypadkach wcale się nie rozwija gruźlica płuc, chociaż mamy do czynienia z gruźlicą, która się znajduje w klatce piersiowej.

*Wacław Bichler.*

## II. Choroby dzieci.

180. Niculescu. **Objawy chorobowe, wywołane przy wyłonieniu się zębów mądrości.** (Spitalul, N-r 22, 1905).

Autor przyłącza się zupełnie do mniemania Cornudet'a i Redier'a, którzy przypisują wszelkie objawy chorobowe przy wyłonieniu się zębów mądrości miejscowemu zakażeniu. Osłonka włóknikowo-słuzowa dolnej szczęki odłuszcza się częściowo przez wyrastający ząb i, ma się rozumieć, że w tej chwili, gdy ząb przedziurawił dziąsło, mają dostęp do tej jamki najrozmaitsze drobnoustroje z jamy ustnej, mogą wywołać najróżnorodniejsze objawy zakażenia. Tym sposobem mogą się wytworzyć najrozmaitsze zapalenia i owrzodzenia dziąsła, słuzówki jamy ustnej, migdałów i policzków, może



nastąpić nawet przedziurawienie takiej; albo też zakażenie przenika w głąb, wywołuje zapalenie okostny, ropienie i przetoki dolnej szczęki. Zakażenie to może wywołać objawy mózgowo-nerwobóle, paraliże i nawet doprowadzić do śmierci. Ponieważ wylonienie się zębów mądrości może wywołać takie ciężkie zaburzenia, to należy na nie zwrócić większą bacność i, ma się rozumieć, przeprowadzać energiczniej, niż się to zwykle dzieje, leczenie; łagodzące środki do niczego nie prowadzą, przeciwnie, powiększają cierpienia chorego. Najracjonalniejszym leczeniem jest, z wyżej wyluszczonej powodów, usunięcie zęba mądrości, co bardzo łatwo wykonać pod miejscowym znieczuleniem, lub też pod uśpieniem, gdy szczęki są mocno przykurczone. Gdy zaś ząb mądrości jeszcze się nie wylonił z zębodołu kostnego i nie można go zwykłymi sposobami usunąć, to trzeba usunąć przylegający ząb trzonowy, aby ulżyć cierpieniu chorego. *W. Biehler.*

181. Engel. **O patogenezie wrodzonego wodogłowia wewnętrznego i wpływie tegoż na rozwój rdzenia** (Arch. f. Kinderh., T. XLII, Z. III i IV).

Wiadomości nasze, dotyczące etyologii i patogenezy wodogłowia, są jeszcze mgliste i domagają się wyjaśnienia. Z tego powodu badanie wodogłowia wrodzonego ma szczególne znaczenie i z tej racji, że pozwala robić spostrzeżenia nad wpływem warunków patologicznych na te części składowe ośrodkowego układu nerwowego, które pozostają jeszcze w okresie rozwoju.

W myśl tego autor zbadał szczegółowo 3 przypadki wodogłowia wrodzonego, opierając się przeważnie na wynikach oględzin pośmiertnych i krótkich historyach choroby.

W pracy swej E. zwrócił uwagę przedewszystkiem na dokładne zbadanie rdzenia makro- i mikroskopowe, prócz tego uwzględnił szczególniejszy fakt, dość często notowany, ale nie dosyć uwzględniany, mianowicie: wylew krwi do jam mózgowych i do opon rdzenia.

Wnioski autora brzmią, jak następuje:

1. U osobników dotkniętych hydrocerphaeo congenito w 1-szym roku życia drogi piramidalne nie ulegają zwyrodnieniu, ale zostają powstrzymane w rozwoju, hypoplastyczne.

Tory mózgowordzeniowe w razie uszkodzenia ich ośrodka, ulegają zazwyczaj zwyrodnieniu następczemu, w granicach atoli



ponownego okresu życiowego mogą napotykać się uchylenia od tego prawidła, o ile te tory nie zostały zniszczone, ale tylko zatrzymane w rozwoju na pewnym stadyum młodocianem.

2. Częstość w przypadkach wodogłowia wrodzonego napotyka się krwotoki w jamie czaszkowej, które, rozpoczynając się w komórkach mózgowych, rozprzestrzeniają się pod oponą pajęczą.

*B. P.*

182. H. Cramer (Bonn). **Czy istnieją zakażenia septyczne pochodzenia kiszkiowego u noworodków?** (Arch. f. Kinderh., T. XLII, Z. V i VI).

Na pytanie, w nagłówku zawarte, autor odpowiada twierdząco, przytaczając historye choroby 2-ch noworodków, które przeżyły 4 dni i zmarły przy objawach sinicy i ochłodzenia całego ciała. Przy autopsyi w obu przypadkach stwierdzono: enteritis follicularis i obrzmienie gruczołów kiszkiowych. Badania bakteryologicznego nie dokonano, wszelako autor, opierając się na znalezionych zmianach anatomicznych, dochodzi do przekonania, że w obu przypadkach życie spowodowane było zakażeniem septycznym pochodzenia kiszkiowego. Dotychczas w piśmiennictwie przypadki chorób przewodu pokarmowego w okresie smółkowym nie były ogłaszane. Cramer skłania się do poglądu, niedawno wygłoszonego przez Langhofer'a i Lange'go, którzy zejście śmiertelne w tego rodzaju przypadkach przypisują bezpośredniemu wessaniu toksyn przez niezamknięty jeszcze ductus venosus Arantii z pominięciem krwiobiegu wątroby, zubożniającej — jak wiadomo — substancje trujące. Z przypadków swoich autor wyprowadza daleko sięgające wnioski praktyczne, mianowicie, że w przypadkach nagłej śmierci noworodków, której przyczyny nie wyjaśnia przebieg kliniczny, liczyć się należy z tego rodzaju cierpieniami pochodzenia kiszkiowego. Również w tych przypadkach, gdzie przy karmieniu piersią i zachowaniu przepisów dyetycznych wynik odżywiania jest ujemny, ten ostatni przypisać należy nie właściwości mleka matczynego, ale stanowi przewodu pokarmowego u noworodka.

*B. P.*



## Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

183. **Leczenie enuresis nocturna.** (Arch. de méd. des Enfants. Styczeń, 1906).

*Enuresis nocturna* Guyon leczy faradyzacją zwieracza pęcherza. Każde posiedzenie trwa 3—5 minut, trzy razy tygodniowo (na hypogastrium kładzie się elektrodę dodatnią, na międzykrocze elektrodę ujemną).

Cathelin wstrzykuje co 8 dni 10 do 20 cc. roztworu fizyologicznego soli (7 na 1000) do kanału mleczka pancerzowego—otrzymał on tym sposobem 75% wyzdowień. Z mniej lub więcej dobrymi wynikami stosowali powyższą metodę Rapsammer, Cautas, Reinach i w. in.

Dr Freyberger radzi dawać dzieciom 3 razy dziennie następującą mieszanke:

Extr. fluidi rhus aromatic. 0,50.

Sirup. aurant. 1,0.

Aq. destil. 4,0.

(jedna dawka mniej więcej łyżeczka od herbaty).

Daje on to dzieciom do 5-ciu lat, starszym po 5 dzieciom i mającym więcej lat daje za każdym razem po 0,75 do 1,0 rhus arom. Jednocześnie każe autor spać dzieciom na twardym materacu i robić zimne oblewania krzyża.

Pani Perlis stosowała rhus arom. u 92 dzieci — otrzymała 68 wyzdowień, 22 polepszeń, dwa bez zmiany. Dawała dzieciom wyciąg lub nalewkę:

Suchych liści rhus arom. 1 część

Alkoholu à 80° 5 części

postawić na 15 dni—przefiltrować. Daje się 2 krople na każdy rok dziecka 3 razy dziennie.

Niekiedy wystarcza leczenie alkaliami — o ile mocz jest bardzo kwaśny.

Ostheimer i Levi dają trzy razy dziennie T-ram Bellad., dodając do każdej dawki codziennie po kropli aż do 15 3 razy dziennie; jeżeli to nie pomoże, dają rhus arom. po 2 cc. dziennie; w razie niepowodzenia daje się mieszanke, zawierającą na kroplę  $\frac{1}{5}$  miligr. atropiny i  $\frac{1}{10}$  strychniny, powiększając codzień o kroplę aż do wyzdrowienia lub wystąpienia objawów zatrucia. Leczenie

trwa  $5\frac{1}{2}$  tygodni; wyzdrowień otrzymano 75%—jednocześnie stosowano obcierania zimne i stosowną dyetę (mało płynów—wcale herbaty, kawy i t. p.).

D-r Comby leczy enuresis nocturna za pomocą roztworu atropiny 1 : 1000. (Atropini sulfur. 0,01, Aq. dest. 10,0). Każda kropla zawiera  $\frac{1}{20}$  miligr. i waży 5 ctgr. Jeden gram czyli 20 kropeł stanowi 1 miligr. U dzieci od 2—5 lat można dojść do 20 kropeł. Jeżeli enuresis jest tylko w nocy, to autor daje wieczorem 5 do 10 kropeł, stosownie do wieku ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  miligr. atropiny); co wieczór powiększa się o jedną kroplę aż do 20 dla mniejszych i 30 dla większych dzieci. Po 15 dniach pauza (nawet w razie niewyleczenia). Po tygodniu znów powtarza się leczenie i t. d.

Jeżeli jest incontinentia u dzieci, to z tego samego roztworu daje się po 2—3 krople 3 razy dziennie, powiększając dziennie o jedną kroplę na dawkę aż do 10—15 kropeł dziennie. Po 15-tu dniach pauza na tydzień i powtórzenie leczenia, jeśli trzeba. Jednocześnie hydroterapia i stosowne odżywianie (owijania w mokre prześcieradła rano na  $\frac{1}{2}$  godziny, mało napojów—na noc żadnych, zabronić alkoholu, kawy, herbaty, pokarmów zbyt kwaśnych lub słodkich; przyprawy i t. p. powinny być usunięte. Wyzdrowień otrzymano 80% (p. Thèse de Naud. 1904, Paris). Autor radzi stosować najpierw tak łatwo wykonalne leczenie przed przystąpieniem do faryzacyi i zastrzykiwań do mlecza, nie pozbawionych niebezpieczeństwa.

M. B.

184. **Stężoną surowicę przeciwyfterytyczną** przygotowuje d-r Gibson z Nowego Yorku, wychodząc z założenia, że antytoksyna dyfterytyczna przedstawia chemiczne właściwości globulin. Autor działa na surowicę takimi odczynnikami, które pozwalają na oddzielenie tej grupy ciał białkowych. Do 10—15 litrów surowicy dodaje tyleż nasyconego roztworu wodnego siarczanu amoniaku. Do osadu, który się tworzy i zawiera globuliny, dodaje się roztworu nasyconego soli kuchennej. Mimo obecności siarkowodoru amoniaku antytoksyna rozpuszcza się w tym płynie, gay tymczasem proteidy nierozpuszczalne pozostają na dnie naczynia.

Płyn się zlewa i filtruje i znów się strąca za pomocą połowy ilości siarkowodoru amoniaku albo 0,25% kwasu octowego. Osad zbiera się na filtrze, suszy na papierze i dyalizuje w ciągu 2—3 dni. Po sterylizacji przez podwójne filtrowanie (za pomocą t. zw. bougies) określa się siłę antytoksyczną.



Wszystkie wyżej wspomniane reakcje dają 2—3 silniejszą surowicę, zmniejszając tylko jej ilość o  $\frac{1}{5}$  całej ilości.

Surowica, w ten sposób otrzymana, wygląda jak i poprzednia: jest bez koloru lub trochę zabarwiona hemoglobina. Zachowuje swoje własności przez czas dłuższy, stojąc w chłodzie.

Surowica ta daje takie same dobre wyniki, jak i nie stężona, prócz tego rzadziej zauważono przy jej stosowaniu objawy uboczne (wysypkę).

M. B.

(Sem. méd. N-r 8, 1906).

185. Schick. **Zapalenie gruczołów chłonnych po szkarlatynie.** (Jahrb. f. Kinderheilk. LXII, 5).

Niektórzy autorzy twierdzą, że prócz zwykłego zapalenia gruczołów podszczękowych podczas szkarlatyny istnieje zapalenie wtórne, połączone z zapaleniem nerek; innego zdania jest d-r Schick, który na 990 przypadków szkarlatyny, obserwowanych na oddziale Escherich'a, widział 71 zapaleń gruczołów po szkarlatynie, po których nie nastąpiło zapalenie nerek, co stanowi 7,2%.

Takie zapalenie gruczołów szyjowych występuje w 3-cim tygodniu choroby u ozdowieńców—charakteryzuje się podniesieniem ciepłoty do 39<sup>0</sup> i 40<sup>0</sup>. Temperatura spada per lysim. Niekiedy zajęte są i gruczoły szyjowe, zazwyczaj tylko z jednej strony. Opuchnięcie może być bardzo duże, lub też nie wielkie.

Zapalenie gruczołów i podniesienie temperatury pojawia się zazwyczaj nagle (np. wieczorem, gdy tymczasem dziecko rano było zupełnie zdrowe—lub nawet często w ciągu godziny). Stan ogólny jest zupełnie dobry. Autor przypuszcza, że pochodzenie zapalenia gruczołów i nerek jest jedno i to samo — i jedno i drugie pojawia się mniej więcej w tym samym okresie czasu (w jednym przypadku, gdzie zapalenie przeszło w ropienie, otrzymał autor po zasianiu czyste hodowle paciorkowcowe). Rokowanie jest tu bardzo dobre—dziecko przychodzi do zdrowia zazwyczaj po 5 — 6 dniach (na 71 przypadków autor zanotował 2 razy ropienie).

Leczenie jest takie, jak w zwykłych ostrych zapaleniach.

Autor zwraca uwagę, że ile razy dziecko w okresie zdrowienia po szkarlatynie zaczyna gorączkować, należy pomyśleć o wtórnym zapaleniu gruczołów.

M. B.

186. Silvestri. **Bezład i niemożność stania i chodzenia po anginie niedyfterycznej** (atasia el astasia abasia). (Gazz. degli Osped. 1-IX, 1906).

Autor opisuje przypadek, w którym chory po dłuższym chodzeniu podczas deszczu, 45-letni mężczyzna, ciężko zachorował na anginę. Badania bakteryologiczne wykazały niedyfterteryiczną naturę zapalenia. Po miesiącu choroby zauważono bezwład ruchów nóg, co zmusiło chorego do położenia się do łóżka; następnie bezwład rąk nie pozwalał choremu samemu brać jedzenia do rąk. Żadnych objawów bądź histeryi, bądź neurastenii nie zauważono. Po pewnym czasie stan chorego się polepsza, tak, że może się podnosić; wtedy skonstatowano niemożność chodzenia i stania z zachowaniem siły i ruchów kończyn. Zaburzenie to znikło po miesiącu — chory otrzymywał preparaty strychniny. Autor przypisuje bezwład powikłaniu, które jest dość częstem przy anginie, mianowicie polyneuritis. Co się tyczy astasia-abasia, to autor, wykluczając możliwość histeryi, przypisuje objaw ten „zapaleniu włókien korzeniowych wewnątrz mózgu,“ odpowiadających centrom stania i chodzenia.

*M. B.*

#### 187. **Ogólne znieczulenie za pomocą chlorku etylu i eteru.**

Już 5 lat temu Malherhe z Paryża stosował usypianie chorego chlorkiem etylu, dalsza zaś narkoza robiona była za pomocą eteru, niezbyt jednak szybkie kładzenie kompresów, maczanych w eterze, zamiast kompresu z chlorkiem etylu, powodowało przebudzenie się chorego (p. Sem. méd. 1901, str. 348). Drewin i Hanger dają jednocześnie chlorek etylu i eter. Otóż, na kompres lub gąbkę, leżącą w masce, nalewa się najpierw 25 gr. eteru, następnie chlorek etylu, stosownie do wieku, od 5 gr. do 15 cc. Przykładając maskę hermetycznie do twarzy, można po 15—30 sekundach zauważyć krótki okres podniecenia, a po 3 minutach zupełne znieczulenie, poczem prowadzi się narkozę pod eterem według zwykłych prawideł. Dobre wyniki otrzymali nietylko wyżej wymienieni autorowie, ale i inni (Duchamp i Martel). Narkozę otrzymywano nadzwyczaj szybko, bez napadów kaszlu i podniecenia.

*W. B.*

(Sem. méd. N-r 9, 1906).

#### 188. **Conzen. Zapalenie nerwów pochodzenia arsenikowego.**

Młoda dziewczyna, która pracowała w składzie futer i zmuszona była smarować skóry roztworem arseniku, zauważyła po 3-ch miesiącach pracy, że końce palców, których do tego używała (wskaźującego, średniego i czwartego), są zazwyczaj rano trochę nabrzmiałe, na zimnie lub w zimnej wodzie sinieją, skóra na tych palcach jest świecąca i nadzwyczaj gładka; przy dokładnem obej-



rzeniu okazało się, że paznogie na tych palcach są szare, jakgdyby prądkowane, miejscami były jakby wałki poprzeczne, dość głębokie; u czwartego i wskazującego paznogie były zgrubiałe. Przy ucisku palce były bardzo wrażliwe, miejscowa ciepłota podwyższona: 29,9° u ręki prawej, zaś 29,5° u lewej; u wierzchu ręki prawej T. 32,5°, lewej 32,1°. Objawów ze strony narządów oddechowych i przewodu pokarmowego nie było. Ztąd wniosek, że zatrucie nastąpiło przez skórę i że pierwszymi objawami tegoż zatrucia nie były zaburzenia ze strony zwykle atakowanych narządów, lecz ze strony nerwów. Zatrucie wywołało zapalenie nerwów.

*M. B.*

(Neurolog. Centr. Bl. 2-I, 1906).

189. Szaposznikow. **Przyczynek do badania położenia serca w zapaleniu osierdzia pochodzenia zapalnego.** (Revue de médecine. Październik, 1905).

Przed 9 laty autor przedstawił wyniki, które otrzymał przez dwuletnie kliniczne obserwowanie i przez badania eksperymentalne; teraz autor powtórzył swe badania i otrzymał także same wyniki. Mniemanie, które się utrzymało przez więcej, niż 50 lat, że serce dzięki swemu ciężarowi gatunkowemu w wysięku osierdziowym opuszcza się ku tyłowi i że ono w obszernym worku osierdziowym zajmuje zawsze części spadziste lub położone ku tyłowi—jakby się zanurzało, to mniemanie jest zupełnie fałszywem; przeciwnie, serce zajmuje położenie pływające i znajduje się przeważnie nad wysiękiem. Gdy wysięk przyjął wielkie rozmiary i gdy się chce przystąpić do operacji, to nie należy wykonać nakłucia, jak to czyniono poprzednio, szczególnie z polecenia Huchard'a z lewej strony mostka, lecz z prawej strony takowego — tym sposobem unika się dotknięcia mięśni sercowych i, jak to wykazały praktyczne wyniki Szaposznikow'a, otrzymuje się zupełne wyzdrowienie.

*W. B.*

190. Neumann. **Przypadek wyleczonego trądu plamistego.** (Wiener klin. Wochenschrift. N-r 4, 1906).

W dosyć dużej ilości przypadków skonstatowano, że można trąd wyleczyć. Autor podaje nowy przypadek wyleczonego trędowatego. Chory przez dłuższy czas spał w jednym łóżku ze swoim bratem, który chorował na trąd w wysokim stopniu, i sam, ma się rozumieć, zachorował w sposób charakterystyczny. Leczone chorego za pomocą zastrzykiwań podskórnych i dawek przez usta roztworu Fowler'a i Chaulmoogrowej oliwy i wcierań jodku potasu;

dwa lata od zczątku choroby objawy zginęły i nie zjawily się już więcej.

W. B.

191. Isaja. **Przeciwnilne własności Izotachiolu.** (II policlinico. Październik, 1905).

W klinice chirurgicznej w Rzymie stosują preparat z fluoru i srebra, wynaleziony przez Paterno i nazwany Tachiolem. Obecnie Paterno wynalazł nowy preparat soli srebra pod nazwą Izotachiolu. Izotachiol jest znacznie tańszy od Tachiolu i znacznie trwalszy nawet w suchym stanie.

Jak Tachiol, tak i Izotachiol wywiera swą przeciwnilną i bakteryobójczą działalność, jak to wykazał w swej pracy Isaja, już w roztworze w stosunku 1:500,000. Ma on tę zaletę, że i w silniejszych dawkach jest zupełnie nieszkodliwy. Dając 5—8 gramów dziennie przez 10—15 dni królikom, nie wywołuje się najmniejszych zaburzeń. Tak Tachiol, jak i Izotachiol nadaje się świetnie do dezynfekcyi zakażonej wody do picia. Jeżeli dodać do zakażonej wody Izotachiolu w stosunku 1:500,000, to i na powietrzu zostaje ona jałową. Izotachiol nie zmienia smaku ani przezroczystości wody.

W. B.

192. Schwenkenberg i Inagaki. **O wydzielaniu się potu w gorączce.** (Archiv. f. experim. Pathol. u. Pharmakologie. 53 Tom, zeszyt 13, 6).

Za pomocą aparatu Schwenkenberg'a autorowie badali wydzielanie się wody przez skórę u chorych na tyfus i w jednym przypadku posocznicy. Stałego związku między ilością wydzielonego potu i wysokością ciepłoty autorowie nie mogli skonstatować, chociaż w większej części przypadków można było zauważyć pewną proporcję. Tym sposobem wynosiła średnia wielkość dla wzmagającej się i ciągłej gorączki przy ciepłocie 37 — 38° 40,0 wody na godzinę i na 100 klg. wagi, przy ciepłocie 38 — 39° 44,0 wody na godzinę i na 100 klg. wagi i przy ciepłocie 39—40° 49,0 wody na godzinę i na 100 klg. wagi.

Znaczenie ma też kierunek gorączki. Gdy gorączka się wzmacnia, wielkość wydzielania się wody przez skórę znajduje się na dolnych granicach normy, gdy zaś jest gorączka ciągła, to wydzielanie się potu jest powiększone i gdy, nakoniec, gorączka się zmniejsza, to wydzielanie się potu bardzo jest wielkie i zupełnie proporcjonalne prawie że zawsze do zmniejszonej ciepłoty. Podczas przebiegu długotrwałej gorączki wydzielanie się potu powoli się zmniejsza.



sza. W okresie wyzdrowienia powraca ono do normy. Woda się wydziela na powierzchni skóry tylko w bardzo małej, prawie że nieznacznej, ilości w postaci gazów; większa zaś część pojawia się pod postacią wydzielin z gruczołów potowych. *W. B.*

193. Pillière. **Leczenie chorób zakaźnych eukaliptyną Le Brun'a z gwajakolem jodoformowym.** (Gazette des hôpitaux. N-r 7, 1906).

Do leczenia chorób zakaźnych, jakoto: influenzy, róży, koklusu, zapalenia płuc i gorączki popołogowej, autor poleca stosowanie Eukaliptyny Le Brun'a z jodoformowym gwajakolem. Środek ten przedstawia zieloną, zupełnie przezroczystą oliwę i jest olejowym wyciągiem z liści *Eucalyptus globulus*, do którego dodano pewną ilość gwajakolu i jodoformu. Stosuje się ten środek tylko pod postacią podskórnego zastrzyknięcia, które jest mało bolesne, w każdym razie mniej bolesne, niż inne stosowane roztwory Eukaliptusa. Zastrzykuje się albo w pośladki, albo w okolicę łądźwiową. Należy wpuszczać płyn bardzo wolno. Zastrzyknięcie znosi się dobrze w każdym wieku. Dawka dla dorosłego wynosi jedną szpryczkę Pravatz'a, w wieku od 12—15 lat zastrzykuje się trzy ćwierci szprycy, w wieku od 5—12 lat—pół szprycy, a dzieciom od 2 miesięcy do 5 lat—ćwierć szprycy. Te dawki można powiększyć, ale to się rzadko zdarza. Wyjątek stanowi róża, podczas której należy zastrzykiwać codziennie od razu po 2 ctm.<sup>3</sup>

W przeciągu lat dziesięciu autor leczył tym sposobem wiele osób, szczególnie chorych na influenzę, i nigdy nie zauważył przykrych objawów ubocznych; gdy gorączka się nie zmniejszała, zastrzykiwano drugi raz. Dobrze leczyć tym sposobem koklusz, który szybko przebiega, jeżeli się zastosuje leczenie zaraz na początku choroby; powikłania ze strony opon mózgowych, lub też ze strony dróg oddechowych nie zauważono. Jednym słowem, ten sposób leczenia, według autora, nigdy nie zawodzi, z wyjątkiem u niektórych starszych, lub chorych na gruźlicę, osobników.

*W. B.*

194. Heusner. **O dezynfekcyi roztworem jodiny w benzynie.** (Centralblatt f. Chirurg. N-r 8, 1906).

Autor opisuje nowy sposób dezynfekcyi rąk i skóry chorego zapomocą roztworu jodiny w benzynie w stosunku 1 : 1000. Sposób ten jest nie drogi, prosty i skraca ogromnie czas, który zwykle jest potrzebny do dezynfekcyi. Co się zaś tyczy bakteryoóbójczej



własności benzyny, to stoi ona nie wiele wyżej niż wyskok, ale za to ogromnie przewyższa jodynę; zaleta benzyny polega na tem, że rozpuszcza tłuszcze i ich części rozpadowe i przez to przedstawia się, jako świetny środek odejmujący zapach. Dla każdego zajętego przy operacyi przygotowuje się wyjałowioną miseczkę porcelanową z 200,0 mniej więcej 300 ctm. roztworu jodbenzyny, w tej miseczce myje się ręce szczoteczką przez 5 minut, nie używając przy tem wody; skórę chorego zmyje się takimże sposobem za pomocą tamponika z gazy. Ze 100 przypadków, mytych tym sposobem, 77 okazało się bez drobnoustrojów, a, stosując dawne sposoby, na 100 przypadków tylko 52 było bez drobnoustrojów. Ilość ropni w szwie znacznie się zmniejszyła; rękawiczek autor wcale nie używa. Podczas operacyi należy ręce też kilka razy przemywać tym roztworem, jako też po operacyi należy zmywać pole operacyjne tym roztworem, nie bojąc się wcale tego, że zakazi zaszytą ranę. *W. B.*

195. Rivolta. **Rozcieńczony kwas octowy, jako środek dla postawienia rozpoznania różniczkowego między przesiękiem a wysiękiem.** (Il policlinico. Październik, 1905).

Dla różniczkowego rozpoznania, czy mamy do czynienia z przesiękiem, czy z wysiękiem, poleca autor stosowanie silnie rozcieńzonego roztworu kwasu octowego. Jest to sposób bardzo zwyczajny i nie mniej pewny. Silnie rozcieńczony roztwór kwasu octowego ma swoiste strącające działanie na znajdujące się w wysiękach: globulinę, paraglobulinę i pseudoglobulinę. Działanie to charakteryzuje się wyraźnem mlecznem zabarwieniem płynu po dodaniu tego kwasu octowego. W przesiękach taki odczyn nigdy nie następuje. Jeżeli zaś przesięk zawiera krew w niewielkiej ilości, to może nastąpić lekkie mleczne zabarwienie przy stosowaniu tego odczynu. Zabarwienia tego nigdy nie można pomieszać z tak wyraźnem i charakterystycznym zabarwieniem, jakie mamy przy wysiękach.

*W. B.*

196. Laufer. **O podawaniu leków w nocy.** (Société de thérapeutique. Paryż, posiedzenie z dnia 10 stycznia 1906).

Autor dziwi się temu, że lekarze prawie zawsze stosują lekarstwa w dzień, szczególnie podczas jedzenia, chociaż wiadomo, że wielka ilość najrozmaitszych chorób, jak naprzykład napady epileptyczne i dusznica przeważnie albo zjawiają się w nocy, lub też, jak to widzimy przy pewnych zmianach syfilitycznych, w nocy znacznie się pogarszają, lub też trwają z jednakową siłą przez noc i dzień,



jak to mamy w reumatyzmie. W takich przypadkach autor poleca podawanie leków i w nocy i, jak przy malarii nie podczas jedzenia daje się chininę, lecz przed napadami, tak i w niektórych innych chorobach należy dawać lekarstwa przed napadem. Dla potwierdzenia tego przytacza autor wielką ilość przypadków: w jednym przypadku dusznicy, w którym stosowano jod i w nocy napady ustały, gdy zaś dawano lekarstwo tylko we dnie w tej samej dawce, nie otrzymano się żadnego skutku; w dwóch przypadkach epileptycznych napadów w nocy chory zupełnie się wyleczył, gdy zaczęto mu dawać brom w nocy; w dwóch przypadkach ostrego zapalenia reumatycznego stawów, dzięki stosowaniu lekarstw i w nocy i we dnie, znacznie przyspieszono przebieg choroby; oprócz tego taki sposób dodawania leków dał świetne wyniki w nerwobólach, zapaleniu oskrzeli i w wielu innych chorobach. W nocy jest działanie lekarstwa znacznie silniejsze dzięki prędszemu wsysaniu się, gdyż chory jest względnie więcej czczy i, dzięki wolniejszemu wydzielaniu lekarstwa, przez to organizm jakby więcej nasiąka tem lekarstwem.

Wszystko to autor potwierdza badaniami swemi doświadczalnemi; oprócz tego potwierdza on to, co już dawno wiadomo, że jawdowość i przez to działanie lekarstwa w stanie czczości są znacznie powiększone. Z tego powodu należy w praktyce zapisywać dawki rozdzielone naprzykład na dwa razy: raz jeden przed pójściem spać, a drugi raz w środku nocy.

W. B.

197. Robert-Simon i Quinton. **Izotoniczne podskórne wstrzykiwania wody morskiej przeciw zatwardzeniu, przeciw bólom głowy przy miesiączce i przeciw neurastenii.** (Société de Therapeutique. Paryż, posiedzenie z dnia 24 stycznia 1906).

Autorowie opisują otrzymane wyniki:

1) Przy zatwardzeniu następuje znaczne polepszenie i bardzo często zupełne wyzdrowienie przy stosowaniu co trzy dni sześciu do ośmiu zastrzyknięć 100 — 200 ctm.<sup>3</sup> wody morskiej; bóle przy oddawaniu stolca giną, śluz w stolcu znika zupełnie i t. p.

2) Bóle w miesiączce zmniejszają się lub giną zupełnie zaraz przy następnej miesiączce po zaczęciu kuracji; krwotoki maciczne prawie że zaraz po zastrzyknięciu ustają i to na stałe; nie prawidłowa miesiączka u młodych dziewcząt reguluje się w zupełności, nie bacząc na to, czy one cierpią na blednicę, lub nie, czy są bezkrwiste, lub nie; białe upławy giną, albo też się znacznie zmniejszają—tutaj następuje działanie wstrzykiwań czasami bardzo wolno.

3) Zastarzałe przypadki bólów głowy czasami można zupełnie wyleczyć, czasami następuje znaczne polepszenie i po przestaniu leczenia, które powinno trwać 5 tygodni, zastrzykując co trzy dni 100—200 ctm.<sup>3</sup> wody morskiej.

4) U chorych na neurastenię wraca sen, siły się wzmacniają, działalność kiszek się poprawia, jako też i działanie mózgu. Chorzy czują się dobrze i są weseli.

5) Oprócz tych chorób, na które cierpią i kobiety i mężczyźni, autorowie leczyli z dobrym wynikiem pewną swoistą chorobę u kobiet, tak zwaną gynalgie; jest to rodzaj kiszkowo-macicznej neurozy, która zasada się na obstrukcyi, bólach głowy i bólach przy miesiączce i t. d. w różnych stopniach. Najlepsze wyniki mieli autorowie w tej chorobie, gdy stosowali zastrzykiwania wody morskiej.

*W. B.*

---

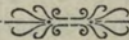
## Kronika bieżąca.

---

**Zmarli.** D-r Alfred Hintzen, ordynator szpitala Ujazdowskiego, dnia 8 kwietnia r. b. w Warszawie, w wieku lat 52.

D-r Stefan Zygmunt Koczorowski w kwietniu r. b. w Klimowicach (gub. mohylońskiej).

D-r Władysław Wróblewski, wybitny laryngolog, autor licznych prac z tej dziedziny, prawy człowiek i dobry kolega, dnia 18 kwietnia r. b. w Warszawie, w wieku lat 46.




---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.